Das Hygroma praepatellare.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Facultät

der

k. Ludwigs-Maximilians-Universität in München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath

Prof. Dr. Ritter von Nussbaum

vorgelegt von

BERNHARD JEHLE

approb. Arzt aus Albertskirch.

München, 1885.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Das Hygroma praepatellare.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Facultät

der

k. Ludwigs-Maximilians-Universität in München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath

Prof. Dr. Ritter von Nussbaum

vorgelegt von

BERNHARD JEHLE

approb. Arzt aus Albertskirch.

München, 1885.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinen verstorbenen Eltern

aus

Dankbarkeit

gewidmet vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0122

In der pathologischen Nomenclatur bezeichnet man jetzt im Allgemeinen mit dem Worte Hygroma eine Exsudationsgeschwulst eines Schleimbeutels mit chronischem Character, während man mit dem Worte Bursitis eine acute exsudative Entzündung eines Schleimbeutels versteht.

Manche gebrauchen auch für den Ausdruck Hygroma: Bursitis chronica, temur synovialis, hydrops bursae mucosae. Man kannte diese Geschwulstformen schon längst, ehe man sie zu deuten wusste und bezeichnete ursprünglich alle derartigen Erkrankungen mit dem Namen Ganglion, d. h. Ueberbein.

Erst durch die Kenntniss der Schleimbeutel, welche bekanntlich nicht sehr alt ist und eigentlich erst aus der Mitte des 18. Jahrhunderts von Düverney, Winsbow und Albin datirt, kam man auf die Vorstellung, dass diese Exsudationsgeschwülste damit in Zusammenhang stehen. Diese chronischen hygromatösen Geschwülste, welche ganz den Character der chronischen Erkrankung der Gelenksynovialhäute tragen, können sich überall da entwickeln, wo präexistirende Schleimbeutel sich befinden, oder wo in Folge irgend welchen ursächlichen Momentes accidentelle Schleimbeutel entstanden sind. Hauptsächlich aber findet man diese Erkrankungen an solchen Stellen, an welchen die Schleimbeutel leichten Traumen, Contusionen oder langer

continuirlicher mechanischer Reizung ausgesetzt sind, in Folge dessen es zu einer chronischen Entzündung kommen. kann. Einen entschiedenen Einfluss auf die Entstehung des Hygroms haben ganz gewiss die verschiedenen Beschäftigungen und Gewerbe; denn man findet zum Beispiel ganz charakteristisch sowohl acute wie chronische Schleimbeutelerkrankungen bei Gerbern am Ellenbogen, bei Lastträgern am Rücken, bei Schneidern am Köpfchen der fibula, bei Drehorgelspielern am Trochanter major, bei den in kniender Stellung arbeitenden vor der patella. Wie unter den acuten Schleimbeutelerkrankungen die Bursitis praepatellaris am häufigsten vorkommt, ebenso verhält es sich mit der chronischen Schleimbeutelerkrankung, dem Hygroma praepatellare. Der Seltenheit wegen eines bezüglich seiner Grössenentwicklung interessanten in hiesiger Klinik von Herrn Geheimrath Prof. Dr. v. Nussbaum operirten und vom Verfasser am Schluss der Arbeit nebst zwei andern nach gleicher Methode operirten Fälle beschriebenen Falles halte ich es der Mühe werth Einiges über pathologische Anatomie, Aetiologie, Verlauf, Diagnose und Therapie, des Hygroma praepatellare mitzutheilen.

Pathologische Anatomie:

An der Vorderfläche der Patella finden sich drei typische Schleimbeutel, ein oberflächlicher im subcutanen Bindegewebe, (bursa praepatellaris subcutanea), ein mittlerer zwischen der Fascie und der aponeurotischen Ausbreitung des Quadriceps (bursa subfascialis), und ein tiefer von Luschka entdeckter und näher beschriebener zwischen der Aponeurose und der Beinhaut der patella (bursa patell. profunda). Doch findet man bei demselben Individuum meist nur einen entwickelt und zwar den tieferen, zuweilen

bestehen zwei, der mittlere und der tiefere übereinander. Sind zwei Schleimbeutel vorhanden, so communiciren dieselben fast nie, doch sah Luschka zweimal Communication des untern mit dem oberen. Im gesunden Zustande machen sich die Schleimbeutel durch nichts bemerkbar. Fast immer ist nur ein Schleimbeutel erkrankt, doch ist dies nicht constant, so sah zum Beispiel Froriep zwei Praepatellarhygrome übereinander. Eine Communication der präpatellaren Schleimbeutel mit dem Kniegelenk existirt nie. Wenn nun eine pathologische Vergrösserung eines Schleimbeutels vor der patella, ein hygroma praepatellare vorhanden ist, so erscheint dasselbe äusserlich als eine scharf abgegrenzte oft mehr oder weniger in Form eines Kugelabschnittes prominirende meist von unveränderter, zuweilen aber auch von schwielen- oder ragadenartiger Haut bedeckte, in der Regel sich ziemlich prall elastisch anfühlende, stellenweise deutlich fluctuirende, meist schmerzlose Geschwulst von ungleicher Consistenz, welche ihrer Lage, Ausdehnung nach oben einem Schleimbeutel vor der patella entspricht und bei vorhandenen sogenannten Reisskörperchen bei Prüfung auf Fluctuation ein feines eigenthümliches Reibegeräusch, wie wenn man einen mit Schrott gefüllten Beutel zwischen den Fingern bewegt, wahrnehmen lässt; dieses Geräusches wegen bezeichnet man auch diese Form mit dem Namen Hygroma praepatellare crepitans. Walkt man die Geschwulst zwischen den Fingern, so kann man manchmal die Dicke der Wandung und die Unebenheiten der Innenfläche durchfühlen. Was die Grösse des Hygroma praepat. betrifft, so ist dasselbe gewöhnlich Ei-, Apfel- bis Faustgross, erreicht aber in seltenen Fällen, wie bei dem am Ende angegebenen Falle durch stetige Zunahme des Exsudats und Wandverdickung eine ungewöhnliche Grösse,

selbst die eines Kindskopfes. Die Wand des Hygroms ist fast immer verdickt, manchmal bis zur Fingerdicke, besonders bei längerem Bestehen und öfteren Recidiven der entzündlichen Prozesse und zeigt dann mikroskopisch ein dicht verfilztes Faserwerk von Bindegewebszellen mit unklaren und unbestimmten Umrissen. Die Innenfläche des Hygroms ist zum Theil zart und glatt, überzogen mit einem einfachen Entothellager, zum Theil aber zeigt sie fibrinöse Auflagerungen, schwartige Beschaffenheit, stellenweise verkalkte oder knorpelige Verdickungen. Manchmal und gerade bei dem Hygroma praepatellare findet man an der Innenfläche Fetzen, fibroid-ähnliche Fortsätze, Leisten, wirkliche von einer zur andern Wandfläche gehende trabeculäre Balken und Scheidewände, wodurch das Hygrom in mehrere Kammern getheilt erscheint. Bollinger und andere Autoren führen diese Gebilde in ihrer Entstehung auf frühere Entzündungsperioden des Hygroms zurück, indem entweder die sich berührenden Innenwandflächen auf Grund einer Adhäsiventzündung mit einander verlöthet wurden, ähnlich wie bei Entzündung seröser Häute oder indem Theile der Wandung durch den entzündlichen Process losgelöst und isolirt wurden. Nach Virchow dagegen sind diese Fetzen, fibroid-ähnlichen Fortsätze, Leisten, trabeculären Balken und Scheidewände wohl zu unterscheiden von wirklichen durch Wucherung und entzündliche Processe entstandenen Excrescenzen. Er nimmt diese Gebilde entsprechend der Entwicklung der Schleimbeutel als Ueberreste des durch langsame Atrophie, Erweichung, Colligination eingeschmolzenen Bindegewebes an. In der Höhle des Hygroms befindet sich gewöhnlich in Folge heftiger mechanischer Insultationen oder wiederholter Entzündung mit vermehrter Vascularisation eine schleimig zähes oder

dünflüssiges, mehr oder weniger trübes seröses Extravasat von verschiedener z. B. citronengelber, schmutzig braunrother, kaffebrauner Farbe, je nachdem der Flüssigkeit mehr oder weniger Schleim, Epithelien, Faserstoff, Eiter oder Blutkorperchen beigemischt sind. Sehr oft findet man in den Hygromen, insbesondere in den Praepatellar-Hygromen, welche häufigen Insulten ausgesetzt sind, in dem Extravasat frei herum schwimmende rundliche oder längliche gurken, birn- oder melonenkernartige, oder facettirte, weisslich aussehende Gebilde, welche man Reiskörperchen oder corpora oryzoidea nennt. Nach Ziegler und Velpeau bestehen diese aus scholligen seltener aus geschichteten homogenen Fibrinmassen, welche von Spindelzellen durchzogen sind und sind Fibrinniederschläge, welche später von Zellen durchsetzt und so bis zu einem gewissen Grade organisirt werden. Nach Virchow und Volkmann sind diese Corpora oryzoidea das Resultat der entzündlichen Wucherung, der wirklichen Proliferation des Hygroms, indem die Membran an gewissen Stellen, anstatt sich gleichmässig zu verdicken, nur in einzelnen Massen hervorwächst und daraus wie etwa an der Scheidenhaut des Hodens kleine knorpelartige Körperchen erzeugt, welche zuerst als Knötchen hervorwachsen, zuletzt sich loslösen, und frei in die Cavität des Hygroms hineingerathen. Manchmal treten die fibromatösen und chondromatösen Wucherungen so massenhaft auf, dass die Höhle des Hygroms ad minimum oder ganz reducirt wird und die ganze Geschwulst mehr einen soliden tumor darstellt. Nach den Berichten von Mettenheimer über die fibrösen Praepatellargeschwülste sahen Brodie, Bryant, Chelius, Erichsen und Mettenheimer selbst solche Fälle, so dass letzterer Zweifel hegt, ob derartige fibroidentartete

Geschwülste wirklich ihren Ursprung den Schleimbeutelerkrankungen verdanken und sie nicht vielmehr wirkliche Neubildungen seien. Erichsens Worte lauten nach den Mittheilungen Mettenheimers also: In Zusammenhang mit der bursa patellae können auch solide Tumoren sich bilden.

Manche halten sie für das Ergebniss einer Ablagerung von fibrinösem Stoff, welcher nach und nach die Flüssigkeit eines gewöhnlichen hydrops patellae verdrängt und anstatt die Gestalt gurkenkernartiger Körper anzunehmen, sich in concentrischen Schichten ablagert und im Innern der Cyste sich anhäuft.»

Gertl beobachtete einen Fall von Verkalkung des Hygroms, der Inhalt hatte eine kreidige, Gypsbreiähnliche Beschaffenheit.

Aetiologie:

Wie die acute Erkrankung der Präpatellarschleimbeutel die Bursitis, von andern auch als acutes Hygrom bezeichnet, ihre Entstehung mechanischen Insultationen verdankt, so findet auch die chronische Erkrankung der Patellarschleimbeutel ihren Ausgangspunkt in mechanischen Ursachen, Contusionen, Stoss, Fall, etc., oder sie folgt auf eine acute Bursitis, wenn nämlich unvollkommene Resorption des serösen Exsudates eintritt und die acuten Entzündungserscheinungen sich verlieren und allmählich in den Zustand der chronischen Entzündung übergehen. In den meisten Fällen liegt der Grund der Erkrankung in geringem, anhaltendem und oft wiederholt ausgeübten Druck, wie dies bei vielem Knien, Rutschen auf den Knien der Fall ist, indem hiedurch eine allmählige Verdickung und Hypertrophie der Wände des Schleimbeutels mit mehr oder

weniger Erguss in die Höhle des Schleimbeutels bewirkt wird.

Daher denn auch für die Bursitis wie für das Hygroma praepatellare die Scheuerfrauen, Haus- und Zimmermädchen, die Hauptrepräsentanten sind, und man in England dieser Krankheit wegen des Vorkommens bei Stubenmädchen, welche täglich in knieender Stellung den Flur zu scheuern haben, den Namen «housemaigd's knee, chambre maids knee» beigelegt hat. Wenn es zwar manchen als zweifelhaft erscheint, dass die Beschäftigung einen Einfluss auf die Entwicklung des Hygroma praepat. ausübe, da mehrere Anatomen schon darauf aufmerksam machten, dass in knieender Stellung nicht die patella, sondern die Condylen die Stützpunkte für den Körper abgeben, so kann entgegengehalten werden, dass die starke und anhaltende Spannung der Haut bei vielem Knien allein schon genügende Gelegenheitsursache für die Entstehung des Hygr. praepat. geben kann und dass, wie Volkmann ganz richtig behauptet, scheuernde Frauen nicht knien wie betende, sondern sich vielfach vornüberlegend auf die Hände gestützt, gerade die Patella auf den Boden bringen. Ebenso auffallend müsste es erscheinen, wenn die Beschäftigung in keinem Zusammenhang mit der Krankheit stünde, dass diese Krankheit weniger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen und hier wiederum vorzüglich bei Mägden vorkommt, während man andere Schleimbeutelerkrankungen mehr bei Männern wie bei Gerbern am Ellenbogen, bei Schneidern am capitulum der Fibula, bei Drehorgelspielern am Arochanter major findet.

Symptome und Verlauf.

Die chronische Präpatellargeschwulst entwickelt sich gewöhnlich ganz langsam, wird anfangs oft gar nicht be-

merkt und erreicht erst nach Jahren einen bedeutenderen Umfang, auf welchem sie dann verharrt.

Denn meist ist sie ihres Sitzes wegen unaufhörlichen Reizungen durch Reibungen und Druck ausgesetzt, welche die Exsudation unterhalten, während nach längerer Zeit das Wachsthum durch Zunahme der Dicke der Wand beschränkt wird. Die mit dem Leiden Behafteten sind wenig genirt, der tumor ist schmerzlos, hindert kaum oder gar nicht die Funktion des Knies beim Gehen und ist höchstens lästig durch die Deformität, welche er bedingt. Daher denn die Träger des Hygroma erst durch eine bedenkliche Zunahme der Geschwulst zur Aufsuchung ärztlichen Rathes veranlasst werden. Manche geben an, dass sie jede Ermüdung früher als sonst in dem betreffenden Gliede verspüren. Die Krankheit ist meist einseitig, kann jedoch auch doppelseitig vorkommen, wie Linhart bei einem Individuum einen Fall und zwar in Folge Kniens beim Beten entstehen sah. Nicht selten erfolgt durch Stoss, Fall auf das Hygrom ein acuter Bluterguss in den bereits erweiterten Schleimbeutelsack, so dass aus dem Hygrom ein Haematom wird, welches gern zur Verjauchung führt. Sehr häufig tritt eine acute Entzündung des Hygroms ein in Folge häufiger und starker Insulte und kann man dann zwei Verlaufsweisen beobachten. Einmal kommt es zu keinem Aufbruch, die Geschwulst wird zwar schmerzhaft, heiss und röthet sich und man könnte glauben, dass es gewiss zum Durchbruch kommen müsste und doch schwindet die Entzündung bei zweckmässigem Verhalten des Kranken. Ein andermal aber breitete sich die Röthe auch auf die Umgebung aus, der Schmerz wird stark, das Fieber hoch und es erfolgt, wenn keine Incision gemacht wird, Eiterung in das der bursa zunächst gelegene Zellgewebe. In selte-

nen Fällen wird das Hygrom in Folge einer zufälligen Quetschung subcutan zersprengt, dann ergiesst sich der Inhalt der Cyste in das umliegende Zellgewebe, wird resorbirt oder es kommt zu Entzündung und Eiterung; nach erfolgter Resorption und Vernarbung des Schleimbeutelrisses kommt es oft zu neuer Ansammlung des Exsudats.

Diagnose:

Ueber die Stellung der Diagnose eines Hygroma praepatellare lässt sich nicht viel sagen. Der Sitz einer circumscript auf der Patella aufsitzenden, der oberflächlichen Lage des Schleimbeutels entsprechenden, prall elastisch sich anfühlenden, bald mehr oder weniger deutliche Fluctuation zeigenden Geschwulst, das allmählige Wachsthum, die constatirbare Verdickung der Balkwand, das bei Vorhandensein von Reisskörperchen eigenthümlich knirschende Geräusch, das Fehlen des Ballotement der Patella, die nur ganz selten periodisch auftretenden Schmerzen, sind zu characteristisch, um etwa zu Verwechslungen anderer Knieerkrankungen zu führen, wie tumor albus, exarticuläre Abscesse, Bursitis, intraarticuläre hydrogische oder eitrige Ergüsse.

Therapie:

Erreicht man bei der acuten Bursitis praepatellaris durch Anwendung von äusseren Reiz- und Resorptionsmitteln, wie Umschläge von Bleiwasser, Auflegen von Blasenpflaster, Aufpinseln von Jodoformcollodium oder Jodtinctur, Einreiben von Quecksilbersalbe, durch Massage, durch Compression mit Flanellbinden, durch hydropische Einwicklung des Knies vielfach vollständige Heilung, so kann man es auch bei der chronischen Erkrankung der Präpatellarschleimbeutel, wenn der Process noch nicht zu alt ist, die

Schleimbeutel noch nicht zu sehr an Dicke zugenommen und noch keine Reisskörperchen vorhanden sind, mit den genannten Mitteln versuchen, Resorption zu erwirken. Die Resultate sind jedoch meist ungünstig, insbesondere folgen meist sehr bald die Recidive nach. Sofern diese Mittel also nicht zum Ziele führen, so richtet sich die Behandlung nach denselben Grundsätzen, welche im Betreff der Cysten im Allgemeinen angegeben sind, nämlich der Anwendung der operativen Methode. Diesbezüglich wurde nun in verschiedener Weise verfahren. Man wandte die einfache Punction an, erzielte aber nur Erfolge, wenn der Inhalt des Hygroms aus klarem Serum bestand und keine verdickten hypertrophischen Wände vorhanden waren, und selbst in diesen Fällen sammelte sich nach kurzer Zeit manchmal wieder Flüssigkeit in der Cavität an. Weit bessere Erfolge erzielt man, wenn man der Punction eine Jodinjection nachfolgen lässt, wie zuweilen bei der Therapie von Hydrocölen und cystösen Strumata, um eine Adhäsiventzündung und dadurch Vernarbung in dem Schleimbeutel hervorzurufen. Manche wenden auch Spaltung des Hygroms an und erzielen dann Heilresultate durch Vereiterung und Vernarbung des Schleimbeutels.

Albert empfiehlt als vortheilhaft mit der Incision das Ausschälen und Auskratzen der Schleimbeutelinnenfläche zu verbinden. Das weitaus beste und allein sicher radicale Heilung bewirkende und besonders von Herrn Geheimrath Nussbaum empfohlene Verfahren besteht in der Exstirpation des ganzen Cystensakes mit Ausnahme des auf der patella direct ruhenden der Basis des hypertrophischen Schleimbeutel entsprechenden Theiles, besonders wenn die Wände des Hygroms bedeutend hypertrophirt und corpora oryzoidea vorhanden sind, Fälle wie sie ja meist sind, wenn der

Patient die ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Die in genannter Methode ausgeführte theilweise Exstirpation ist desshalb vorzuziehen, weil sie die ganz gleichen Erfolge wie die totale Exstirpation liefert und man hiebei der Gefahr entgeht die Gelenkkapsel zu eröffnen, denn der ausgedehnte Schleimbeutel liegt oft der Kapsel des Kniegelenks sehr nahe besonders an der oberen Umstülpung der Kapsel nur durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt.

Die Bedenken, welche man früher gegen die Incisionen und Exstirpation erhob, weil diese Operationen bedeutende mit Recht gefürchtete Eiterungen hervorriefen, sind Dank der Erfindung und Einführung der antiseptischen Wundbehandlung verschwunden. Nach der Exstirpation werden die Blutungen gestillt, Drainagen zur Ableitung der Sekrete eingelegt, die Wunde mit Suturen vereinigt und ein antiseptischer Verband angelegt. Die Nachbehandlung muss mit der grössten Sorgfalt und Strenge geleitet werden, absolute Immobilisirung des Gelenkes, Bandagirung auf eine Unterlagsschiene, bei vermehrter Sekretion von Zeit zu Zeit Verbandwechsel.

Ich lasse nunmehr drei nach dieser Methode operirte Fälle folgen, darunter einen bereits erwähnten durch seine Grössenentwicklung interessanten, da selbst Herr Geheimrath v. Nussbaum sich kaum erinnern kann in seiner langjährigen ausgedehnten Praxis je ein derartig grosses Hygroma praepatellare gesehen zu haben.

I. Fall:

Rosalie Schmidt, aus Hohenwerrh, 25 Jahre alte Dienstmagd, trat am 18. Juli 1884 in das städtische Krankenhaus links der Isar ein und verliess dasselbe wiederum am 28. August 1884.

Anamnese:

Dieselbe finde ich in der Krankengeschichte also verzeichnet: Patientin bemerkt am rechten Knie eine allmälig zunehmende Geschwulst, welche ihr längere Zeit gar keine Schmerzen bereitete, in letzterer Zeit nachdem sie bereits zwei Jahre zugesehen nicht unerhebliche Schmerzen verursacht, was sie nöthigte, zur Zeit ärztliche Hilfe zu suchen. Eine Ursache ist nicht angegeben.

Status praesens ist also angegeben: Patientin befindet sich in einem vollständig fieberlosen Zustande; am rechten Knie derselben befindet sich vor der patella eine mannsfaustgrosse Geschwulst, welche sich prall elastisch anfühlt, auf Druck schmerzhaft ist und Fluctuation zeigt.

Diagnose: Hygroma praepatellare gen. dextr.

Therapie: Exstirpation, welche am 22. Juli 84 gemacht wurde, indem am unteren Rande der Geschwulst ein halbmondförmiger Einschnitt gemacht, das Hygrom frei gelegt und dann bis auf das auf der Patella direct aufsitzende Stück entfernt wurde. Hierauf wurde die Wunde mit Jodoformpulver eingepudert, Drainagen in dieselbe eingelegt, die Wunde vernäht und ein Sublimatverband angelegt.

30. Juli 84. Erster Verbandwechsel, die Nähte wurden entfernt; von jetzt ab Verbandwechsel alle zwei bis drei Tage. 10. Aug. 84 geschah die Entfernung der Drainagröhren. 17. Aug. 84 war die Wunde vollständig geschlossen, und wurde die Rosalie Schmidt am 28. Aug. 84 als vollständig geheilt entlassen.

II. Fall:

Die Krankengeschichte lautet also: Therese Kneidl, 37 Jahr alte Köchin aus Forbach ist in das hiesige Krankenhaus am 20. Oktober 84 eingetreten und hat dasselbe am 10. Dezember 84 verlassen.

Anamnese:

Patientin bekam vor circa vier Jahren am rechten Knie eine Entzündung und Anschwellung, dieselbe nahm nach einigen Tagen von selbst wieder etwas ab; jedoch blieb vor der Kniescheibe eine kleine Schwellung zurück, welche sich mit der Zeit verhärtete und umfangreicher wurde und manchmal Schmerzen verursacht.

Status praesens: Vor der Patella des rechten Knies findet sich eine circa Gänseei grosse harte Geschwulst, welche sich auf der Patella verschieben lässt. Schmerz ist zur Zeit nicht vorhanden.

Diagnose: Hygroma praepatell. gen. dextr.

Therapie: hier wurde, da das Hygrom ziemlich oberflächlich sass und über der patella leicht verschieblich war, die totale Exstirpation vorgenommen. Am 23. Oktob. 84. Dasselbe war gefüllt mit cholestearinhaltiger Flüssigkeit. Es wurden drei Drainagen eingelegt, die Wunde vereinigt und ein Listerverband angelegt. Der Fall verlief ebenfalls vollständig fieberlos. Am 26. Okt. 84 erster Verbandwechsel, die Wunde erst vollständig reactionslos. 8. Nov. 84. Entfernung der Suturen; 15. Nov. 84. Die Wunde vereinigt; vom 20. November ab wird der Verband weggelassen und über die vernarbte Wunde Jodoformcollodium gepinselt. 10. Dezember 84, die Wunde ist vollständig vernarbt, die Patientin kann ungehindert gehen und wird als geheilt entlassen.

III. Fall:

Dieser betrifft die Anastasia Neuschwendner 39 Jahr alte Taglöhnerswittwe aus Berching zur Zeit in München ansässig; sie ist am 3. März in das städtische Krankenhaus eingetreten.

Anamnese.

Patientin giebt an, vor circa sechs Jahren mit dem linken Knie auf einen Bretterboden gefallen zu sein. Die Schmerzen, die auf diesen Fall folgten, waren gering und hörten bald wieder auf. Seit etwa zwei Jahren bemerkte Patientin, dass sich an ihrem linken Knie eine Geschwulst bildete und verursachte ihr dieselbe manchmal etwas Schmerzen. Anfangs ganz allmälig zunehmend vergrösserte sich die Geschwulst in den letzten sechs Wochen in ganz rapider Weise. Seit dieser Zeit traten auch oft, insbesondere im Bett, heftige stechende und reissende Schmerzen am Knie auf, was die Patientin nöthigte, das Krankenhaus aufzusuchen. Die Kranke beschäftigte sich viel mit dem Waschen von Zimmern und Stubenböden, bemerkte nach diesen Beschäftigungen fast immer mehr Schmerzen als sonst und glaubte diesem die Schuld der Erkrankung geben zu können.

Status praesens: Derselbe ist folgender: Auf dem linken Knie befindet sich vor der patella eine etwas über kindskopfgrosse Geschwulst, welche allenthalben deutliche Fluctuation erkennen lässt. Sie ist über der patella verschieblich, zeigt mehrfache Einziehungen und Einkerbungen und gegen Druck Schmerzhaftigkeit, lässt sich vollständig abgrenzen, beim Betasten lassen sich einzelne Verdickungen constatiren. Die Haut über der Geschwulst ist nirgends geröthet und entzündet.

Diagnose: Dieselbe lautet Hygroma praepatell. gen. sin., und zwar lassen die Einziehungen und Einkerbungen auf ein in Kammern abgetheiltes Hygrom schliessen.

Therapie: Es wurde wiederum am 5. März 85 die Exstirpation vorgenommen. Nachdem das Knie sorgfältig mit Karbollösung gewaschen und die Narcose eingeleitet

war, wurde zuerst über der Geschwulst, um nicht nach vollendeter Heilung überflüssige in Folge der Geschwulst hypertrophirte Hautpartien zu haben, ein myrtenblattförmiges Stück Haut excidirt, hierauf das ganze Hygrom bis auf das auf der patella ruhende Stück von der Umgebung freipräparirt, die Cyste entleert und der Cystensack mit Ausnahme des auf der patella aufsitzenden Basilartheiles mit dem Messer entfernt. Sodann wurden die Blutungen mit Ligaturen gestillt, die Wunde mit Jodoformpulver eingestreut, Drainageröhren eingelegt, die Wunde mit Suturen vereinigt, ein Listerverband angelegt und das Bein in einen Drahtkorb gelegt.

Der makroscopische Befund des exstirpirten Hygroms ergab nun eine allseitig verdickte Wandung des Schleimbeutels, an einzelnen Stellen betrug die Dicke nahezu 1 cm und fühlte man diesen Stellen knorpelharte knötchenartige Verdickungen. Die Innenfläche des Schleimbeutels zeigte überall schwielenartige Erhebungen und fand man an einzelnen Stellen, an denen die glänzende Schleimhaut verschwunden war, aufgelagertes theilweise trübgelbliches Fibrin. Etwa an der Mitte der Innenfläche des Schleimbeutels sah man 4 circa $^1/_2$ cm dicke im Zusammenhang stehende trabeculäre Spangen, welche zwischen verschiedenen Stellen der Innenwand ausgespannt sind. Diese waren es, welche vor der Operation den Schein erweckten, als sei das Hygrom in Kammern getheilt. Mikroscopisch zeigte die bindegewebige Schwarte neben zahlreichen Bindegewebskörperchen mit spärlich eingelagerten Lymphoidzellen wenig Gefässe und keinen fibrillären Bau. Der Inhalt des Hygroms bestand aus einer flockig getrübten kaffebraunartig gefärbten Flüssigkeit und fehlten hier die sonst meist bei grösseren Hygromen vorkommenden corpore oryzoidea.

Verlauf der Nachbehandlung: Am 7. März Morgens wurde der erste Verband gewechselt, es war keine Eiterung vorhanden, die Drainageröhren wurden mit Carbollösung ausgespritzt. Am 7. März Abends zeigte die Temperatur 38,6. Am 8. März wurde wieder der Verband gewechselt, wobei die Wunde eitrige Sekretion zeigte; es wurde desshalb eine Contrapunktion gemacht und die Wunde sorgfältig gereinigt. Von hier ab bis zum 11. März inclusive zeigten die Temperaturen am Abend durchschnittlich 38,5; der Verband wurde alle zwei Tage gewechselt bis zum 15. März. An diesem Tage wurden die Nähte und ein Theil der nekrotisch gewordenen Haut entfernt und die offenen Wundstellen mit Jodoformpulver eingepudert. Von jetzt ab wurde der Verband alle 3 Tage gewechselt. Am 21. März konnten die Drainagen entfernt werden; die Sekretion war eine sehr geringe, die offene Wundfläche zeigte üppige Granulationen, welche nur mit lapis infern. etwas geätzt wurden. Das Bein wurde nicht mehr in den Drahtkorb gelegt. Am 30. März konnte die Kranke gedrungen durch Familienverhältnisse, obwohl noch eine kleine Wundfläche vorhanden war, als jeder Gefahr enthoben entlassen werden und konnte dieselbe ganz ordentlich gehen. Die Temperaturen überstiegen vom 11. März nie mehr die normale Grenze. Schmerzen hatte die Kranke während der ganzen Nachbehandlung nur in den ersten Tagen nach der Operation manchmal des Nachts. Der Erfolg der Operation und der Verlauf der Nachbehandlung war also auch in diesem Falle ein sehr zufriedenstellender.

Am Schlusse der Arbeit komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem verehrtesten Herrn Lehrer und Professor Dr. Ritter von Nussbaum für die freundliche Unterstützung bei Ausarbeitung des mir von ihm übergebenen Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Benützte Quellen:

1) Virchow, die krankhaften Geschwülste, I. Bd.
2) Archiv für Anatomie und Physiologie: Mettenheimer über fibrösen Präpatellargeschwülste. 1865.
3) Handbuch der Chirurgie v. Billroth und Pitha.
4) Handbuch der Chirurgie von König.
5) Handbuch der Chirurgie von Bardeleben.
6) Handbuch der Chirurgie von Albert.
7) Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie von Billroth.
8) Specielle Pathologie von Ziegler.
9) Gurlt: die Gelenkkrankheiten. 1853.